

guientemente en el retículoendotelio de hígado y bazo); la misma esteatosis hepática podría indicar transporte de grasas desde los tejidos al hígado, lo que favorecería, en parte, la formación de edemas, y justificaría además ese achicamiento de talla corporal que tanto llamó nuestra atención. Podría esgrimirse como argumento contrario el hecho que la curva de glucemia haya sido normal y no plana, como suele ocurrir en el esprúe genuino. Pero desde que se duda que el carácter plano de dicha curva se deba a mala absorción intestinal y se piense que constituya fenómeno posiblemente ligado al déficit en glucógeno del hígado (SHELDON), este dato negativo deja de ser elocuente. Que la vía del desarrollo del cuadro haya sido exclusivamente hormonal, o se hiciera por intermedio de una alteración en el equilibrio de la flora intestinal, una disbacteriosis que interfiera la síntesis de núcleos esenciales, como muy sugerentemente se apunta en el trabajo aludido, es por hoy una incógnita a resolver, pero por ello no desvirtúa la concepción patogénica expuesta.

En todo caso, y como alusión a un tema colateral, nos permitimos terminar con una observación: siempre nos ha parecido sorprendente que un hígado así infiltrado muestre una integridad funcional tan conservada, como aún más sorprendentemente sucede en esas formas anictéricas de las más graves hepatopatías. Estas "paradojas de las ictericias" han sido comentadas también por JIMÉNEZ DÍAZ y colaboradores<sup>6</sup>. Recientemente hemos tenido en nuestra Clínica dos enfermas de hígado: una cirrosis genuina, ascitógena y totalmente anictérica hasta su muerte, con un hígado inverosímilmente pequeño y duro, que sólo mostró una leve positividad del Hanger y una floculación del Weltmann hasta el tubo 6.<sup>o</sup>, y una curva de glucemia y nivel proteinémico normales; y una hepatitis, en cambio, de curso breve y regresivo, con Hanger fuerte y Weltmann muy ampliado, que cursó con ictericia intensa durante todo el tiempo. Pero en este último caso el parénquima era doloroso todo él, lo que hace pensar que se hallaba a tensión dentro de su cápsula. Ello apoya la opinión expuesta en el trabajo últimamente aludido: que en los casos con ictericia debe haber edema y compresión de vías en las inmediaciones de los espacios porta, que justificarían la ictericia, y que los casos sin este componente—como es el objeto de nuestra comunicación—o sin ahogamiento de las vías por nódulos regenerativos—como en la cirrótica citada—pueden muy bien cursar sin ella.

Todo ello viene a confirmar, según se señala en la publicación citada, cuanto hay de problemático en el mecanismo de las ictericias, así como en el capítulo de las llamadas "funciones del hígado", que cada vez con más evidencia aparecen ligadas a una constelación orgánica mucho más amplia, en la que deben intervenir muy decisivamente, además del hígado, otros sectores de la economía.

## RESUMEN.

Se expone un caso de "esteatosis hepática anictérica", en el que se desarrolló un complejo cuadro metabólico que abocó a una hepatargia final, con estigmas somáticos y psíquicos de tipo hipofisario, y que en algún momento de su evolución tomó los caracteres de una cirrosis de hígado.

La sección demostró, además de una difusa esteatosis y siderosis hepática, los caracteres de un éstasis circulatorio suprahepático crónico, que no tuvo traducción clínica, pero que actuó verosímilmente como "factor de disposición", que hizo posible el desarrollo del cuadro metabólico ulterior.

Se hacen algunas consideraciones sobre la diferenciación diagnóstica y patogénica y sobre el aún complejo problema de las ictericias y de las funciones hepáticas.

## BIBLIOGRAFIA

1. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, t. VI, 1949, pág. 409.
2. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, t. VI, 1949, pág. 826.
3. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, t. VI, 1949, pág. 655.
4. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, t. VI, 1949, págs. 347 y 632.
5. JIMÉNEZ DÍAZ y colaboradores. — Rev. Clin. Esp., 37, 1, 1949.
6. JIMÉNEZ DÍAZ y colaboradores. — Rev. Clin., Esp., 37, 6, 1948.
7. JIMÉNEZ DÍAZ.—Algunos problemas de Patología Interna. Ed. Cient. Méd. Madrid, 1944.

## DOSIFICACION DE LA CLOROMICETINA EN LA FIEBRE TIFOIDEA

J. QUINTANILLA ULLA.

La cloromicetina es el agente terapéutico específico de las salmonelosis. Su indudable eficacia está plenamente demostrada por numerosas publicaciones nacionales y extranjeras. Su aparición, con el casual descubrimiento de que era eficaz en la fiebre tifoidea, produjo una incertidumbre por lo que se refería a dosis total y forma de fraccionarla en un caso de fiebre tifoidea. Sin embargo, los trabajos fundamentales de SMADELL, y en España los del Profesor PEDRO-PONS, dieron una pauta fundamental que sirve como orientación, siempre modificable, en un caso de fiebre tifoidea.

Las pautas de estos autores no podían aplicarse siempre, dos motivos lo impedían, carestía del producto y escasez del mismo, lo que hacía que en muchos casos el médico dispusiese de 9 ó 12 gramos de producto como máximo. Ante esta contingencia, y apremiando la familia para su empleo, se le planteaba al médico una terrible disyuntiva, empleo "masivo" del

producto disponible o "alargamiento" hasta el máximo del uso del medicamento.

Sin ser muy numerosas las publicaciones disponibles en los primeros tiempos de la cloromicetina—época de escasez—, parece que todos los médicos optamos por el segundo procedimiento; aplicando en las primeras tomas una mayor cantidad de medicamento y espaciando al máximo lo disponible de éste. Las publicaciones con casuística más numerosa son las de PEDRO-PONS y colaboradores, SOLE DOPFF y SALARICH TORRENTS, BELLOCH MONTESINOS y NEBOT CALZA y la de LAMA LAGO, de gran interés clínico por encontrarse en un medio rural sin laboratorio, con una gran epidemia y dependiendo la administración del producto de irregulares llegadas de los Estados Unidos. Fué sin duda la experiencia de este Doctor adquirida en el más puro empirismo. Añadiremos otros casos sueltos y nuestra casuística de 16 casos, uno de ellos ya publicado.

En todos los casos publicados no se puede saber la dosis total, pues no se indica la hora en que comienza la administración del medicamento (no nos explicamos cómo en una misma publicación se indica la dosis total de unos casos y de otros no se hace). Las gráficas no resuelven este escollo, pues su poco tamaño impide apreciar dosis de 0,25 gramos. Nuestro estudio será a base de los casos en que se sabe la dosificación.

#### Estadística de PEDRO-PONS y colaboradores:

Número de casos con indicación de la dosis empleada, 20.

Gramos empleados de cloromicetina en estos casos, 12, 21, 24, 15, 6, 12, 12, 18, 18, 9, 9, 9, 9, 18, 18 + 34, 14, 15, 21, 12, 12. Media en gramos, 15,9.

Mortalidad de estos casos, 5 por 100 (un caso de un enfermo diabético).

#### Estadística de SOLE DOPFF y SALARICH TORRENTS:

Número de casos con indicación de la dosis empleada, 15.

Gramos de cloromicetina en estos casos, 22,5, 18, 15, 18, 21, 21, 21, 12, 9, 18, 21, 34, 18, 18, 25, 11,50. Media en gramos, 18,55.

Mortalidad en estos casos, 0 por 100.

#### Estadística de BELLOCH MONTESINOS y NEBOT CALZA:

Número de casos con indicación de la dosis empleada, 15.

Gramos de cloromicetina en estos casos, 21, 21, 21, 9, 18, 18, 21, 21, 15, 15 + 15, 18, 18 + 12, 3,5, 3,25, 6. Media en gramos, 16,25.

Mortalidad de estos casos, 20 por 100 (tres casos, dos por melena y uno al comenzar el tratamiento).

La estadística de LAMA LAGO la incluimos en un global que hacemos con los casos publicados por diversos autores.

LAMA, 12, 12, 12, 12, 18, 18. ZUNZUNEGUI, 15. DOMÍNGUEZ ANDIA, 11,75. MATHE, 12. CÁRDENAS, 12, 18. GARCÍA RAMOS, 18. BLASCO, 12. CEN-TENERA, 21. SILVA, 16, 15. ROMERO, 12. SORRIBES, 21. BARRIO, 19,25. QUINTANILLA, 9. Media de estos casos, 13,90.

Mortalidad, 4,56 por 100 (el caso de BARRIO, fallecido por hemorragia).

En los quince casos tratados por nosotros, la dosificación fué similar a la de los precedentes. Haremos una breve exposición de las historias antes de indicar las cifras.

De los quince casos, nueve fueron tratados y vigilados por nosotros, seis por otros compañeros o eran enfermos de aldeas vecinas, que una vez diagnosticados se trataban en sus domicilios, indicándonos los familiares la cantidad de medicamento empleado. De los casos controlados por nosotros publicamos la gráfica de la enfermedad, para hacer más objetivo el resultado del medicamento. La pauta usada se indica en cada caso. En todos se suministró, aparte de la cloromicetina, una ampolla diaria de 0,50 gramos de vitamina C. Otras medicaciones se indican en la historia respectiva.

Caso n.º 1.—Enferma: Saladina L., de treinta y seis años, soltera y dedicada a las labores de su casa.

Vemos a la enferma a los ocho días de un proceso febril, gran quebrantamiento, dolor de huesos y cabeza, anorexia y estreñimiento. Dos purgas de agua de Cara-

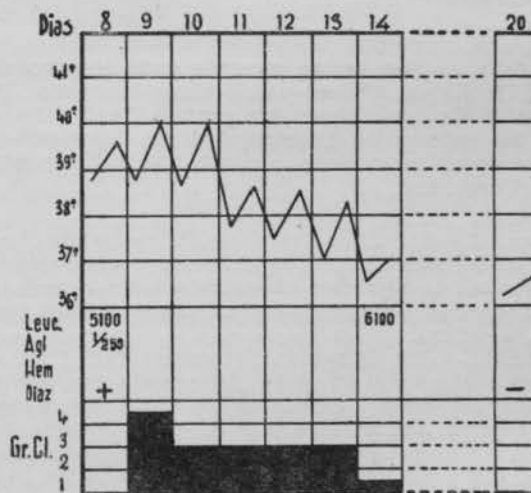


Fig. 1.—Caso 1.

baña fueron ineficaces. Por el dolor de huesos y cabeza piensa en una gripe, por lo que toma gran cantidad de antitérmicos y coñac, sin ningún resultado.

Como datos más importantes de la exploración destacamos lengua saburral y tostada en el centro, chapoteo en fosa iliaca derecha, se percute bazo. Signos catorrales a la auscultación de tórax. Corazón y tensión normales.

Pensamos en una salmonelosis, que el Laboratorio se encarga de confirmar.



Aglutinación positiva al salmonella typhi (s. t.) al 1/250. 5.100 leucocitos, con 20 bastonados, 33 segmentados, 41 linfocitos y 6 monocitos. En orina es positiva la diazorreacción, la bilirrubina y la urobilina.

Al día siguiente comenzamos el tratamiento con cloromicetina, con la siguiente pauta: una primera toma de 4 cápsulas (1 gr.); a las tres horas, 0,75 gr.; a las tres horas, 0,50 gr., y después, cada tres horas, 0,25 gramos; durante cuatro días más, 0,25 gr. cada tres horas (2 gr. diarios), y el último día, dos tomas de 0,25 gr.

La apirexia se logró en seis días por lisis. No hubo recidiva y el medicamento fué perfectamente tolerado. En total, 12 gramos.

Caso n.º 2.—Enferma: Aurora S., de veintisiete años, casada, se dedica a las labores de su casa. Antecedentes personales y familiares, sin interés.

Diagnosticada de fiebre tifoidea, se le indica un tratamiento a base de piramidón, vitaminas C y K y yodobismutato de quinina. Así permanece hasta el día diecisiete de su enfermedad, en que la vemos por primera vez. El cuadro clínico es típico de la afección que padece. La enferma está muy agotada, por lo que la familia decide un tratamiento con cloromicetina.

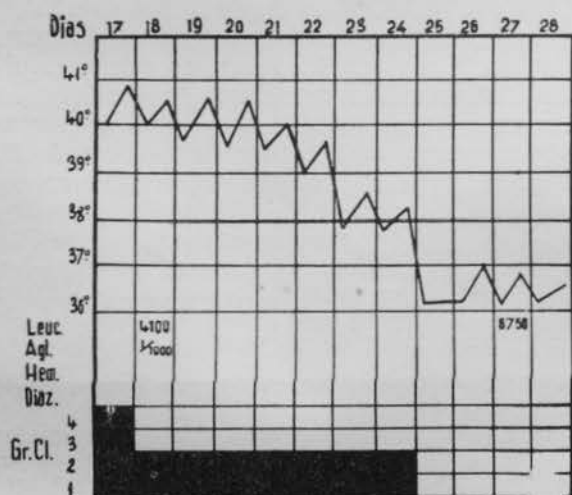


Fig. 2.—Caso 2.

La pauta es (las tomas siempre cada tres horas): 1 gr., 0,75, 0,50 tres veces y 0,25 otras tres veces. Durante siete días más toma dos gramos diarios. En total, 18. La enferma se desintoxica desde el segundo día y queda apirética en ocho por lisis. No hubo recidiva ni complicaciones.

Caso n.º 3.—Enfermo: Francisco P., de treinta y seis años, casado, guardia municipal. Como antecedente, un chancre sifilítico hace diez años, tratado con arsenicales y bismuto; tres reacciones hechas desde aquella fecha fueron negativas.

Lo vemos a los diez días de enfermedad. Presenta una temperatura de 38° y 80 pulsaciones por minuto, buen estado general, ligera afonía y tos. Diarrea desde hace tres días, que no cede pese a un tratamiento bien hecho con sulfophtalidinas. Ligero dolor en fosa ilíaca derecha. Sin gran fundamento clínico, mandamos hacer unos análisis, que nos dan el diagnóstico.

Aglutinación positiva al s. t. al 1/500. Leucocitos, 4.100, con 12 bastonados, 14 segmentados, 71 linfocitos, 2 monocitos y una célula plasmática. En orina son positivas urobilina, bilirrubina y diazorreacción.

La pauta fué de 3,5 gramos el primer día y 2 diarios hasta un total de 15 gramos. Por la familia sabemos que quedó apirético a los cuatro días.

Caso n.º 4.—Enferma: Luisa E., dieciocho años, soltera, estudiante. Sin antecedentes de interés.

Vista a los cuatro días de un proceso febril. En esta enferma todo el cuadro clínico hace pensar en una ti-

foidea, tiene chapoteo muy marcado, bazo palpable y percutible, gran saburra lingual y roseolas abdominales. Los datos de Laboratorio en esa fecha son negativos. El hemograma nos da 7.500 leucocitos, con 7 bastonados, 67 segmentados, 16 linfocitos y 10 monocitos. La diazorreacción es negativa. No se hizo hemocultivo ni aglutinación por ser pronto para ésta.

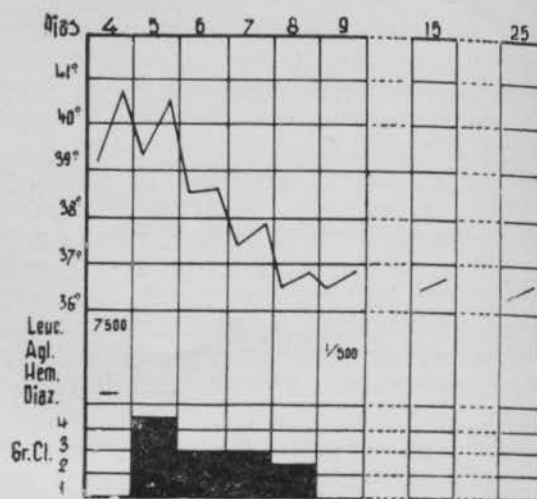


Fig. 3.—Caso 4.

Pese a estos datos, se hace un tratamiento con cloromicetina, dando 3,5 gramos el primer día, 2 el segundo y tercero y 1,5 el cuarto; en total, 9. La enferma quedó apirética por lisis en cuatro días. Una aglutinación a los nueve días fué positiva al s. t. al 1/500, confirmando el diagnóstico. La enferma no se había vacunado nunca. No hubo recidiva ni complicaciones.

Caso n.º 5.—Edesio M., cuarenta y cuatro años, casado, capataz. Una hija muerta de tifus hace doce años. Sin más antecedentes de interés.

Visto a los seis días de una fiebre muy intensa, anorexia, estreñimiento y astenia. Según la esposa del enfermo, la enfermedad se parece a la que causó la muerte de su hija, por lo que está muy alarmada. El

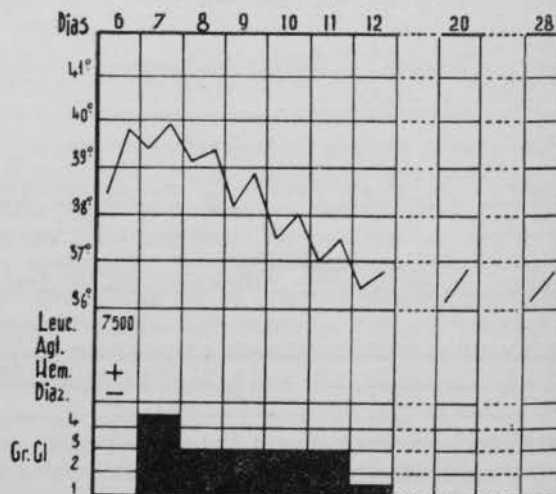


Fig. 4.—Caso 5.

cuadro clínico, sin ser típico, puede corresponder perfectamente a una tifoidea. No hay chapoteo, ni se palpa bazo, pero existen abundantes roseolas abdominales y en región anteroexterna de ambos muslos.

El día anterior de ser visto por nosotros le extrajeron sangre para un hemocultivo, que resultó positivo al s. t. Un hemograma da 7.500 leucocitos, con 7 bastonados,

40 segmentados, 50 linfocitos y 3 monocitos. En orina es negativa la diazorreacción, lo mismo que la bilirrubina y urobilina.

Se hace un tratamiento con cloromicetina con 3,5 gramos el primer día, 2 gramos durante cuatro y medio el último. Total, 12 gramos.

La fiebre desapareció por lisis en cinco días. No hubo recidiva ni intolerancia al medicamento.

Caso n.º 6.—Ignacio C., cincuenta y seis años, soltero. Natural de Ortigueira.

La gran epidemia padecida el pasado año en dicha villa hace que todos sus habitantes estén obsesionados con tal afección.

Este enfermo es traído a Ferrol en un coche a los ocho días de enfermedad. Los parientes que le acompañan insisten en que es un tifus. En este caso el diagnóstico familiar no puede ser más acertado; el cuadro clínico del enfermo es característico, estupor, intensa sudoración, postración. A la exploración, lengua tostada y saburral, se palpa bazo, chapoteo en fosa ilíaca derecha, tonos cardiacos muy apagados, hipotensión (95 mm. de Mx. y 55 mm. de Mn.). El Laboratorio da una aglutinación positiva al s. t. al 1/100.

Se le da la cloromicetina con arreglo a la siguiente pauta: 3,5 gramos el primer día, 2 gramos durante cuatro y medio el último. Según carta de los familiares, mejoró rápidamente y a los cuatro días quedó sin fiebre. No hubo recidiva ni intolerancia. En este enfermo añadimos como medicación 10 mgr., en días alternos, de desoxicorticosterona.

Caso n.º 7.—Juana L., treinta y cuatro años, soltera, su casa.

Vista a los quince días de un proceso febril, ya diagnosticado por el Laboratorio de fiebre tifoidea, nos muestra una aglutinación positiva al s. t. al 1/350. Se trató con piramidón, vitamina C y nacil, sin conseguir mejoría.

Dosificación de la cloromicetina, 3,5 gramos el primer día, 2 diarios durante cinco días y gramo y medio el último. Según la familia mejoró rápidamente, quedando sin fiebre a los tres días. No recidiva y perfecta tolerancia.

Caso n.º 8.—Jesusa F., veintidós años, casada, sus labores.

Vista a los diecisiete días de estar enferma, en la que sólo se trató sintomáticamente con piramidón. La

tos, 3.900, con 4 bastonados, 20 segmentados, 71 linfocitos, 3 monocitos y dos células de Türk. 2.000.000 de hematies, con 38 por 100 de hemoglobina; aglutinación positiva al s. t. al 1/500.

En orina son positivas bilirrubina, urobilina y diazorreacción.

Se plantea a la familia la necesidad de una transfusión y tratamiento cloromicetínico. Sin que nos expliquemos el motivo, acceden a la cloromicetina, pero se niegan a la transfusión. Salvando nuestra responsabilidad ante la posibilidad de nueva hemorragia, dosificamos la cloromicetina, dando 3,5 gramos el primer día, cuatro días a 2 y media el último. En este enfermo añadimos una ampolla diaria de coaguleno, gluconato de calcio (10 c. c.) y un centigramo de extracto tebaico cada seis horas. Vencida la fiebre en lisis en cinco días y no presentándose nuevas enterorragias, suprimimos el coaguleno y el extracto tebaico, comenzando un tratamiento con hierro e hígado, recuperándose rápidamente. No recidiva, buena tolerancia.

Caso n.º 9.—Enferma: Hortensia D., veinticuatro años, casada, labradora.

Hace un mes tuvo un hermano con una tifoidea gravísima, con enterorragias tratadas con varias transfusiones; le dieron mucha cloromicetina, la enferma no

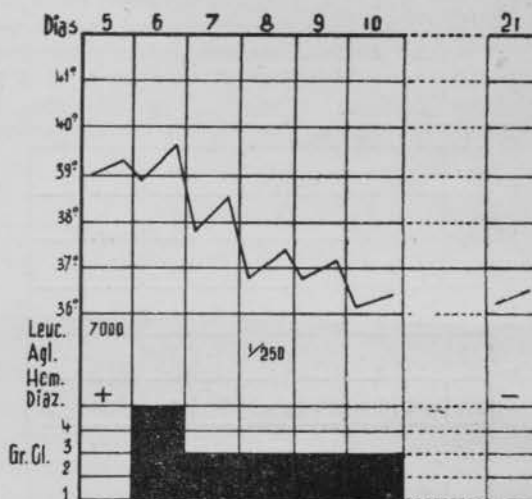


Fig. 6.—Caso 9.

precisa la cantidad, pero le parece que fueron nueve frascos (27 gr.).

La vemos por primera vez a los cinco días de hallarse encamada con fiebre. Teme padecer tifus, pues fué la enfermera de su hermano. Aparte de su síndrome febril, sólo objetivamos gran cantidad de sibilancias en ambos campos pulmonares. El Laboratorio nos da un hemograma con 7.000 leucocitos, con 4 bastonados, 46 segmentados, ¡3 eosinófilos!, 46 linfocitos y 4 monocitos. En orina es positiva intensa la diazorreacción. ¿Es correcto con una diazorreacción positiva emplear un medicamento tan caro como la cloromicetina? ¿Los tres eosinófilos (no hubo error de laboratorio), si seguimos a NAEGELI, no rechazan totalmente el diagnóstico de fiebre tifoidea? Sin embargo, el antecedente del hermano y la insistencia de la enferma a tomar la cloromicetina nos hacen condescender sin estar convencidos de la enfermedad.

Suministramos 4 gramos el primer día y 2 durante cuatro días más; en total, 12. A los ocho días de enfermedad, una aglutinación positiva al s. t. al 1/250 nos disipa nuestras dudas. Sin recidiva ni intolerancia.

Posteriormente vimos a la enferma en un acceso asmático. La fórmula hecha en aquella ocasión daba 15 eosinófilos. Actualmente se está tratando con vacuna y se encuentra muy mejorada. Este caso nos muestra que la presencia de eosinófilos no es motivo suficiente para dejar de diagnosticar una fiebre tifoidea. Enfer-

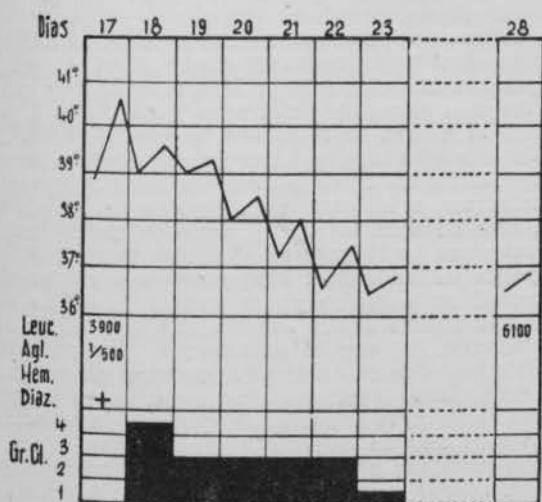


Fig. 5.—Caso 8.

presencia de sangre abundante en la deposición la hace recurrir al médico. Enferma anémica, estuporosa, olor sui géneris del enfermo, que tiene una hemorragia de aparato digestivo.

Pulso filiforme y taquicárdico, hipotensión (90 mm. Mx. y 60 mm. Mn.). Datos de Laboratorio: Leucoci-

mos que habitualmente tienen una gran eosinofilia (as-máticos, portadores de parásitos intestinales, hidatidosis, triquinosis, etc.), al adquirir una fiebre tifoidea disminuyen sus eosinófilos, pero pueden persistir en el hemograma dos o tres.

Caso n.º 10.—Enfermo: Avelino L., treinta y tres años, soltero, labrador.

Visto en su domicilio (Narón) a los trece días de fiebre; intensa diarrea en puré de guisante y con estrias sanguinolentas, gran postración y deshidratación. Vientre muy blando, depresible y deshidratado, chapoteo generalizado con dolorimiento general, no se palpa ni percute bazo, hay roseola. Aparato respiratorio y circulatorio normales. Por el cuadro enterocolítico agudo tan intenso pensamos en un paratífus B; sin embargo, las aglutinaciones al grupo salmonella son positivas solamente al s. t. al 1/440.

Hacemos un tratamiento a base de 0,50 gramos cada tres horas durante dos días, y 0,25 gramos cada tres horas durante cinco días.

Según datos de la familia la diarrea se cortó a los dos días y la fiebre desapareció a los cuatro días. Tampoco recidiva ni intolerancia. A este enfermo se le suministró, durante tres días, 500 c. c. diarios de suero clorurado.

Caso n.º 11.—Enferma: Luisa N., quince años, soltera.

Vista a los once días de enfermedad. La enferma nos muestra unos análisis que nos evitan toda ulterior investigación. Aglutinación positiva al s. t. al 1/250.

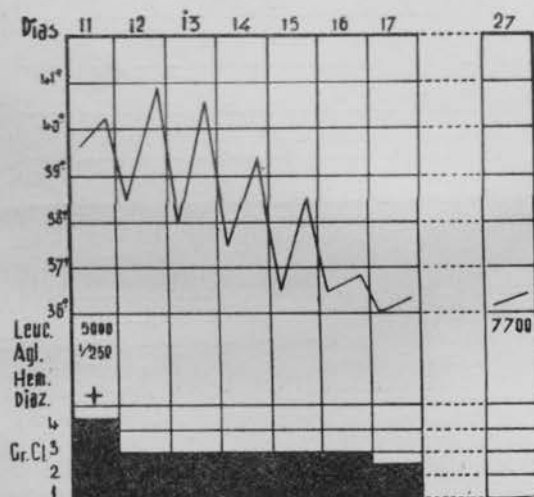


Fig. 7.—Caso 11.

5.000 leucocitos, con un hemograma normal y dia-zorreacción positiva.

La pauta en este caso fué: 3,50 gramos el primer día, 2 gramos durante cuatro y medio el último. La apirexia se obtuvo por lisis en seis días. También sin recidiva y con perfecta tolerancia.

Caso n.º 12.—Enferma: Carmen L., cuarenta y un años, viuda, sus labores. Sin antecedentes patológicos de interés.

Vista a los quince días de fiebre, que no cede pese a dosis fuertes de sulfatiazol y 5 gramos de estreptomina, que puso la enferma sin prescripción de ningún médico. Por su cuenta también, puso vitamina C, calcio e hígado (las tres panaceas populares). El cuadro clínico es el característico de una fiebre tifoidea. Una aglutinación positiva al 1/500 confirma el diagnóstico. Pauta como en el caso anterior y dosis total también de 15 gramos. Bien tolerado, sin recidiva.

Caso n.º 13.—Enferma: Rosita F., nueve años.

Vista a los tres días de una fiebre intensísima (llegó a 41,7°), que no mejoró nada con 12 gramos de sulfa-

tiazol que le dió la familia. La enferma se encuentra animada, pese a su temperatura matinal de 39,3°. La auscultación de tórax y corazón es negativa; no hay amigdalitis, pero tampoco existen signos que nos hagan pensar en una tifoidea; pero el dato de los 12 gramos de sulfatiazol hace que descartemos la posibilidad de neumonía o amigdalitis. ¿Pielitis? La palpación de ambos riñones es completamente indolora.

Decidimos buscar la cooperación del Laboratorio para aclarar el síndrome. Sangre. Leucocitos, 6.600, con 23 bastonados, 17 segmentados y 60 linfocitos. Dia-zorreacción en orina intensamente positiva; no hay piocitos ni signos de pielitis. ¿Primoinfección? Traslada en un coche a nuestro domicilio para una exploración radiológica se descarta totalmente dicho proceso.

Un hemocultivo hubiese sido, en este caso, lo correc-

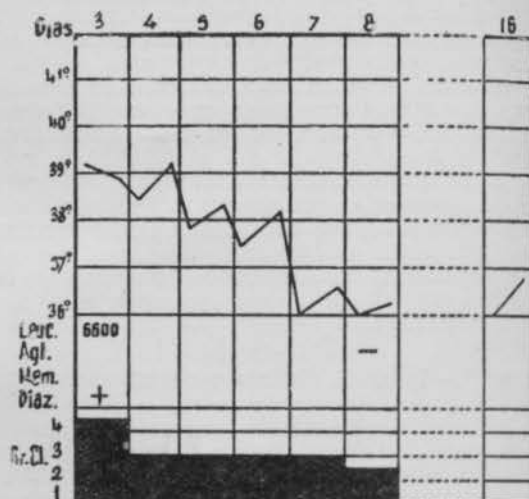


Fig. 8.—Caso 13.

to, pero la familia (factor que no valoran los tratados de Patología Médica, pero de un gran protagonismo) exige una rápida actuación terapéutica. Volvemos a preguntarnos, ¿justifica una diazorreacción positiva el empleo de cloromicetina? No cabe duda que en este caso la etiología cólica y tuberculosa estaba descartada, nos quedaba como más probable la etiología salmonelítica (en Galicia no debemos tener en cuenta, desde el punto de vista de la práctica cotidiana de enfermedades infecciosas, paludismo, kala-azar y brucelosis).

Con todas estas reservas, hechas a nosotros mismos, comenzamos el tratamiento cloromicetínico.

La primera toma, de 0,50 gramos, la vomita la enferma a los diez minutos; otra nueva toma, de la misma cantidad, le ocurre lo mismo al cuarto de hora. En vista de este resultado, y antes de decidirse a preparar supositorios tal como recomienda SILVA ALCÁNTARA, suministramos a la enferma 15 gotas de bellafolina y al cuarto de hora los 0,50 gramos de cloromicetina, esta vez tolera perfectamente el medicamento.

La pauta utilizada fué: 3,50 gramos el primer día, 2 gramos durante cuatro y uno y medio el último día; en esta fase vomitó cuatro veces tomas de 0,25, dándole a continuación del vómito otra nueva toma precedida de bellafolina. Vomitó en total 2 gramos, que no valoramos en la dosis total; ésta fué, pues, de 13 gramos. No hubo recidiva, la intolerancia gástrica ya se señaló.

A los ocho días de enfermedad se hizo una aglutinación, con resultado negativo; pese a todo, creemos que por la excelente respuesta al fármaco se trataba de una salmonelosis.

Caso n.º 14.—Purificación L., de veintiocho años, casada, sus labores.

Vista a los veintidós días de enfermedad por consejo del Pediatra Dr. López Pantín, que le asiste sus dos hijos de fiebre tifoidea.

Presenta unas aglutinaciones positivas al s. t. al 1/100, paratífus A 1/50 y paratífus B 1/250, no está vacunada.



Muy postrada y con gran taquipnea, intoxicación marcada, estupor.

Pauta: Dos días 4 gramos y cuatro días 2 gramos. En total, 16 gramos. Uno de los embalajes traía 4 gramos, no por error, ya que la caja y frasco advertía "16 capsals" en lugar de doce como los demás frascos. No hemos tenido ocasión de ver más embalajes de cuatro gramos.

Se le dieron, por lo tanto, 16 gramos. La fiebre descendió en crisis al cuarto día de tratamiento. Durante

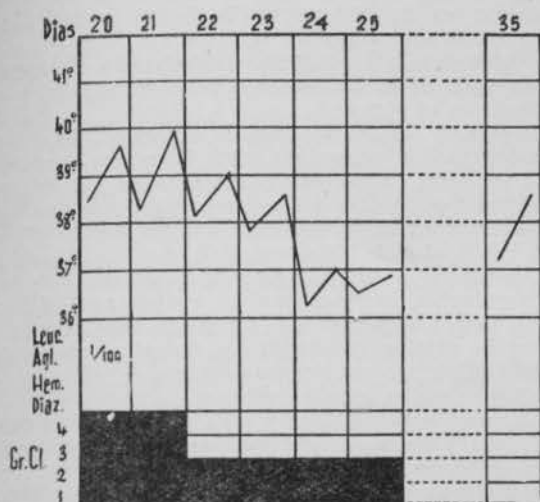


Fig. 9.—Caso 14.

seis días tomó 10 gotas, tres veces al día, de cedilanid. No hubo intolerancia.

A los treinta y cinco días tiene de nuevo fiebre, lo que nos hace pensar en una posible recidiva; sin embargo, el dolor en el costado derecho, la percusión, auscultación y radiología demuestran que se trataba de un derrame pleural, que cedió rápidamente la terapéutica cálcico-vitaminica y reposo. Por lo tanto, no valoramos este acceso febril como recidiva.

Caso n.º 15.—Enfermo: Luis G., cuarenta y siete años, viudo, Labrador.

Traído a Ferrol a los trece días de un proceso febril. La clínica hace pensar en una fiebre tifoidea, que confirma el Laboratorio. Aglutinación positiva al s. t. al 1/500.

Pauta: 4 gramos el primer día y 2 diarios hasta un total de 18 gramos. Según comunicación verbal de un amigo, quedó sin fiebre a los cuatro días.

Buena tolerancia y sin recidiva.

#### Estadística personal:

Número de casos con indicación de la dosis empleada, 15.

Gramos de cloromicetina, 12, 18, 15, 9, 12, 12, 15, 12, 12, 18, 15, 15, 13, 16, 18.

Media en gramos, 14,15.

Mortalidad de estos casos, 0 por 100.

#### Estadística global:

Número de casos estudiados, 86.

Media en gramos de cloromicetina, 15,38.

Mortalidad de estos casos, 5,83 por 100.

Una dosis media de 15 gramos de cloromicetina es suficiente para la curación de la fiebre tifoidea.

Por lo que respecta a las dos complicaciones

graves de la enfermedad: perforación y hemorragia, ¿disminuyen con la cloromicetina? Es todavía pronto para poder responder a esta interrogante. Creemos que si nos esforzamos en un diagnóstico precoz de la enfermedad y comenzamos a dar pronto la cloromicetina, estas dos complicaciones tienen que disminuir.

De momento debe quedar sentado que una enfermedad grave y de gran extensión, en la que eran totalmente ineficaces los dos antibióticos de más uso—penicilina y estreptomycin—, tiene, por fin, su medicación específica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- BARRIO MAESTROARENA, J.—*Medicamenta*, VII, 173.  
 BELLOCH, V. y NEBOT, J.—*Medicina Española*, XIII, 130.  
 BLASCO SALAS, J.—*Medicamenta*, VII, 167.  
 CÁRDENAS, J. y VELA, R.—*Medicamenta*, VII, 167.  
 CARRIÓN GALIANA, S.—*Rev. Clin. Esp.*, XXXV, 3.  
 DOMÍNGUEZ ANDÍA, R.—*Medicamenta*, VIII, 174.  
 GARCÍA RAMOS, F.—*Rev. Clin. Esp.*, XXXV, 3.  
 LAMA LAGO, A.—*Medicamenta*, VIII, 174.  
 LAMA LAGO, A.—*Trazos*, VII, 37.  
 LAMA LAGO, A.—*Galicia Clínica*, XXI, 11.  
 LAMA LAGO, A.—*Medicina Española*, XII, 126.  
 MATHE ALONSO, F.—*Medicamenta*, VIII, 174.  
 PEDRO-PONS, A. y FARRERAS, PEDRO-BOTET.—*Med. Clin.*, VIII-XIV, 2.  
 QUINTANILLA ULLA, J.—*Medicina*, XVIII, 5 (I).  
 ROMERO, E.—*Rev. Clin. Esp.*, XXXVII, 6.  
 SOLÉ, C. y SALARICH, J.—*Med. Clin.*, VIII-XIV, 3.  
 SORRIBES-SANTAMARÍA, V.—*Medicina Española*, XII, 124.  
 SORRIBES-SANTAMARÍA, V.—*Bol. Con. Gen. Col. Med.*, n.º 34.

## PROBLEMAS DIAGNOSTICOS DE LA TUBERCULOSIS OSEA, QUE MOTIVAN SU LOCALIZACION Y LOS DATOS DEL LABORATORIO

I. FERNÁNDEZ DE LA MELA.

Valladolid.

Dado que la tuberculosis osteoarticular, originada corrientemente por vía hematogena, tiene ya elegidas regiones y edades del organismo donde asentar con más frecuencia, es por lo que ante un enfermo joven con dolor persistente en raquis o rodilla asociamos inmediatamente una etiología fímica y por lo que, contrariamente, posponemos esta idea si las molestias referidas asientan en otras regiones.

Puesta en litigio la idea de una tuberculosis ósea u osteoarticular, y teniendo a mano los resultados radiográficos y de laboratorio, existen multitud de casos en los que su etiología se nos aparece clara, confirmando la sospecha inicial con arreglo a los datos clínicos obtenidos: la clásica atrofia ósea, con su foco caseoso o granuloso, y datos positivos de una desintegración celular prestan sólidos cimientos donde asentar un diagnóstico. Sin embargo, entre multitud de enfermos de diagnóstico fácil aparecen otros en los que, en primer lugar, la localización elegida por el bacilo de Koch se sale de lo co-